

Formulaire directives anticipées

Je soussigné(e) (NOM - Prénom)

Né(e) le : à :

Adresse :

.....
.....

Téléphone :

J'atteste que je suis pleinement en état d'exprimer ma volonté, qu'il m'a été délivré toutes les informations nécessaires à ma prise de décision. Je déclare rédiger ce document en toute liberté.

J'énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté et atteint(e) d'une affection incurable.

Mes volontés sont les suivantes :

1. A propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral etc. entraînant un état de coma prolongé jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....
.....

2. A propos des actes et traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet. J'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :

.....
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :

.....
- Une alimentation et hydratation artificielles :

.....
- Une intervention chirurgicale :

.....
- Autre :

.....
.....

Formulaire directives anticipées

3. A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....
.....

Je confie mes directives anticipées à :

.....

Demeurant à :

.....

Fait le : à :

Signature :

Si je bénéficie d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne :

- J'ai l'autorisation du juge Oui Non
- J'ai l'autorisation du conseil de famille Oui Non

Veillez joindre la copie de l'autorisation.

Partie à remplir si le patient / résident est dans l'incapacité de rédiger lui-même ses directives anticipées.

Les deux témoins ci-dessous attestent que ce document est l'expression de la volonté libre et éclairée du patient / résident désigné au début de ce formulaire.

1er témoin :

2ème témoin :

Nom et prénom : Nom et prénom :

.....

Qualité : Qualité :

Date : Date :

Signature : Signature :